

# PETICION PARA QUE SE TOMEN LAS HUELLAS DIGITALES ELECTRONICAMENTE (LIVE SCAN)

**ORIGINAL** - Live Scan Operator**COPY** - Applicant

Presentada por el solicitante

1. ORI: (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) Código asignado por el DOJ (Departamento de Justicia)			
<input type="checkbox"/> CCLD A0448		<input type="checkbox"/> TrustLine A1157	
2. Tipo de solicitud: (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno)			
<input type="checkbox"/> Empleo		<input type="checkbox"/> Licencia, Certificación, Permiso	
<input type="checkbox"/> Voluntario			
3. Título del puesto de empleo o tipo de licencia, certificación o permiso:			
4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:			
<b>CA Dept of Social Services</b>		<b>03502</b>	
Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
Este no es un sitio para tomar las huellas digitales electrónicamente. Llame al 1-800-315-4507.		<b>N/A</b>	
<b>744</b>	<b>"P" Street</b>	Nombre de la persona contacto	
Número	Nombre de la calle o apartado postal	(obligatorio para todas las presentaciones para escuelas)	
<b>Sacramento,</b>	<b>CA</b>	<b>95814</b>	( ) <b>N/A</b>
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono de la persona contacto
5. Información del solicitante:			
Nombre del solicitante: (Por favor escriba con letra de molde) _____			
		APELLIDO	NOMBRE
		INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO	
AKA			
(Alias, otros nombres que ha usado): _____			
		APELLIDO	PRIMER NOMBRE
CDL No. (Número de licencia): _____			
DOB (Fecha de nacimiento): _____		SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
		Misc. No.: <b>BIL -</b>	
		NUMERO DE LA OFICINA A LA QUE SE LE DEBE COBRAR (SI ES PERTINENTE)	
HT (Estatura): _____		WT (Peso): _____	
		Misc. No.: _____	
		Número de tarjeta de residente legal, licencia de manejar de otro estado o documento de identificación (I.D.).	
Color de OJOS: _____		Color de PELO: _____	
		Dirección: (Todos los solicitantes tienen que anotar esta información.)	
POB (Lugar de nacimiento): _____			
		NUMERO Y NOMBRE DE LA CALLE O APARTADO POSTAL	
SOC (Número de Seguro Social): _____			
		CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL	
6. Número de establecimiento: _____ Nivel de servicio <input type="checkbox"/> DOJ <input type="checkbox"/> FBI			
Si ésta no es la primera vez que presenta una petición, (select R2)*, anote el Original ATI No.: _____			
7. <b>NOTA: NO ES PERTINENTE PARA LOS SOLICITANTES DE TRUSTLINE</b>			
Empleador: (Respuesta adicional solamente para presentaciones del Departamento de Servicios Sociales, licenciamiento relacionado al Departamento de Vehículos Motorizados/Patrulla de Caminos de California, y el Departamento de Corporaciones.)			
Nombre del empleador _____			
Número		Nombre de la calle o apartado postal	
		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono de la oficina (Opcional)
8. Live Scan Transaction Completed By: _____ Date _____			
		Name of Operator	
Transmitting Agency		LSID#	ATI No.
		Amount Collected/Billed	

**NORMAS PARA LOS SOLICITANTES DE LICENCIAMIENTO PARA OFRECER CUIDADO EN LA COMUNIDAD (CCLD) QUE ACUDEN A UN LUGAR DONDE SE PUEDEN TOMAR LAS HUELLAS DIGITALES ELECTRONICAMENTE (UN LUGAR DE CCLD o DEL DOJ [DEPARTAMENTO DE JUSTICIA])**  
**Instrucciones para completar el formulario LIC 9163**

- 1 ORI (por sus siglas en inglés) es el código que identifica para qué se van a usar las huellas digitales:** Marque el código para CCLD o para TrustLine (Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños) que aparecen a continuación. Escoja uno de los siguientes:  
 Para solicitantes de CCLD, **marque: A0448**  
 Para solicitantes de TrustLine, **marque: A1157**
- 2 Tipo de solicitud:** Marque la casilla apropiada.
- 3 Título del puesto/empleo o tipo de licencia, certificación o permiso:** Anote el tipo de establecimiento en el cual usted va a trabajar.

**Para los solicitantes que acuden a un lugar de CCLD donde se pueden tomar las huellas digitales electrónicamente:**

Escoja el tipo de establecimiento de CCLD de la lista en la columna a la izquierda de la tabla que aparece abajo. **Anote el tipo de establecimiento en esta línea.**

**Para los solicitantes que acuden a un lugar del DOJ donde se pueden tomar las huellas digitales electrónicamente (oficina encargada del orden público):**

Escoja el tipo de establecimiento con licencia de la lista en la columna a la izquierda, y en la columna a la derecha, encuentre el tipo de establecimiento abreviado del DOJ que le corresponde. **En esta línea, anote el tipo de establecimiento abreviado que le corresponde bajo la columna del DOJ.**

**Nota:** En la tabla que aparece a continuación es posible que usted se pueda identificar con más de un tipo de establecimiento dentro de una categoría. Por favor seleccione solamente un tipo de establecimiento en la categoría con la cual está más asociado día a día.

**Si este es su tipo de establecimiento pertinente**

⇒ **Anote este tipo de establecimiento abreviado en su solicitud.**

<b>Tipo de establecimiento de CCLD por categorías</b>	<b>Tipo abreviado del DOJ para tipos de establecimientos del CCLD</b>
Adult Day Care Facility ( <i>Establecimiento para el cuidado de adultos</i> ) Adult Day Support Center ( <i>Centro de apoyo para adultos</i> ) Adult Residential Facility ( <i>Establecimiento Residencial para el cuidado de adultos</i> )	Adult Day / Resident / Rehab ( <i>Cuidado para adultos / residencial / rehabilitación</i> )
Child Care Center ( <i>Guardería infantil</i> ) Infant Center ( <i>Centro para bebés</i> ) Mildly Ill Center ( <i>Centro para personas ligeramente enfermas</i> ) School Age Child Care Center ( <i>Guardería para niños de edad escolar</i> )	Day Care Cent more / 6 Child ( <i>Guardería con más de 6 niños</i> )
Family Child Care Home ( <i>Hogar que proporciona cuidado de niños</i> )	Family Day Care ( <i>Cuidado de niños en un hogar</i> )
Foster Family Agency ( <i>Oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal</i> ) Foster Family / Adoptions Agency ( <i>Oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal/adopciones</i> ) Foster Family Agency Sub Office ( <i>Oficina bajo una oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal</i> )	Foster Family / Adopt Emp. ( <i>Empleo relacionado a crianza temporal / adopciones</i> )
Foster Family Agency - Certified Home ( <i>Oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal - hogares certificados</i> ) Foster Family Home ( <i>Hogar de crianza temporal</i> )	Foster Family Home ( <i>Hogar de crianza temporal</i> )
Group Home ( <i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [6 niños o menos]</i> )	Group Home 6 / child less ( <i>Hogar colectivo 6 niños o menos</i> )
Group Home ( <i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [7 niños o más]</i> ) Community Treatment Facility ( <i>Establecimiento para tratamiento en la comunidad</i> )	Group Home more / 6 child ( <i>Hogar colectivo más de 6 niños</i> )
Residential Care Facility for the Chronically Ill ( <i>Establecimiento residencial para el cuidado de enfermos crónicos</i> ) Residential Care Facility for the Elderly ( <i>Establecimiento residencial para el cuidado de ancianos</i> )	Residential Care Facility for the Elderly ( <i>Establecimiento residencial para el cuidado de ancianos</i> )
Small Family Home ( <i>Hogar que proporciona cuidado a un número pequeño de niños</i> ) Transitional Housing Placement Program ( <i>Programa de Colocación Transicional en una Vivienda</i> )	Residential Child Care 6 / less ( <i>Cuidado de niños en una residencia - 6 ó menos</i> )
Social Rehabilitation Facility ( <i>Establecimiento para rehabilitación social</i> )	Adult Day / Resident / Rehab ( <i>Cuidado para adultos / residencial / rehabilitación</i> )
TrustLine (Voluntario) TrustLine (Subsidiado)	<b>Los solicitantes de TrustLine que reciben un subsidio, no pueden ir a un lugar que no sea de CCLD.</b>

**4 Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:**

**Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales:**

**La siguiente información ya aparece impresa en el formulario:**

**Oficina:** CA Dept of Social Services

**Código para el correo:** 03502

**Número y nombre de la calle:** 744 "P" Street, MS 19-62

(Este no es un sitio para tomar las huellas digitales electrónicamente.)

**Nombre de la persona contacto:** N/A

**Ciudad, Estado, Código Postal:** Sacramento, CA 95814

**Número de teléfono de la persona contacto:** N/A

**5 Nombre del solicitante:** Anote su nombre completo (apellido, nombre, inicial del nombre que usa en medio).

**AKA:** Otros nombres que el solicitante haya usado

**CDL No.:** Número de licencia de manejar en California o número de identificación en California.

**DOB:** Fecha de nacimiento **SEXO:** Masculino o Femenino

**MISC No. BIL:** Número de la oficina a la que se le debe cobrar, si es pertinente.

**HT:** Estatura **WT:** Peso

**MISC No.:** Anote otros números relacionados al establecimiento con licencia

**Color de OJOS:** Color de ojos **Color de PELO:** Color de pelo

Número de tarjeta de residente legal, licencia de manejar de otro estado o documento de identificación (I.D.).

**Dirección:** Dirección del solicitante

**POB:** Estado o país en donde nació

**SOC:** Número de Seguro Social (opcional)

**6 Número de establecimiento:** Anote el número del establecimiento o el número *OCA* asignado (número de identificación de la oficina).

**Nivel de servicio:**

Marque la casilla que dice "DOJ" para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes penales en California. Marque la casilla que dice "FBI" para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes a nivel nacional. **Nota: Si se requiere una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños (CACI), el DOJ automáticamente la llevará a cabo y se cobrarán todas las cuotas pertinentes. No es necesario que el solicitante marque nada.**

**Si ésta no es la primera vez que presenta una petición, anote el *Original ATI No.* (número asignado al solicitante la primera vez que presenta una petición para que se tomen huellas digitales electrónicamente).**

Si sus huellas digitales no fueron aceptadas y las está presentando otra vez, anote el *Original ATI No.* que aparece en la notificación de rechazo, para evitar que se le cobre una cuota adicional para el trámite.

**7 Empleador:** Anote el nombre y dirección del establecimiento  
(en esta área puede colocar una etiqueta con la información ya impresa).

**NOTA:** Esta sección no es pertinente para los solicitantes de TrustLine.

**Nombre del empleador:**

Anote el nombre del establecimiento.

**Número y nombre de la calle:**

Anote la dirección del establecimiento.

**Código para el correo:**

Anote el código para el correo del establecimiento (si es pertinente).

**Ciudad, Estado, Código Postal:**

Anote la ciudad, estado, y código postal del establecimiento.

**Número de teléfono de la oficina:**

Anote el número de teléfono del establecimiento.

**8 Live Scan Transaction Completed by:** Esta sección aparece en inglés debido a que es para la persona encargada de proporcionar los servicios.

**Es importante que usted traiga este formulario el día que le van a tomar las huellas digitales para que la persona encargada de tomar las huellas digitales electrónicamente complete la sección 8. Después que se termine el proceso, esta solicitud servirá como recibo del pago de estos servicios y es posible que se requiera que la adjunte a la solicitud para proporcionar cuidado. La persona encargada de proporcionar los**